RLISS du Centre-Est

Authenticité, abondance et harmonisation

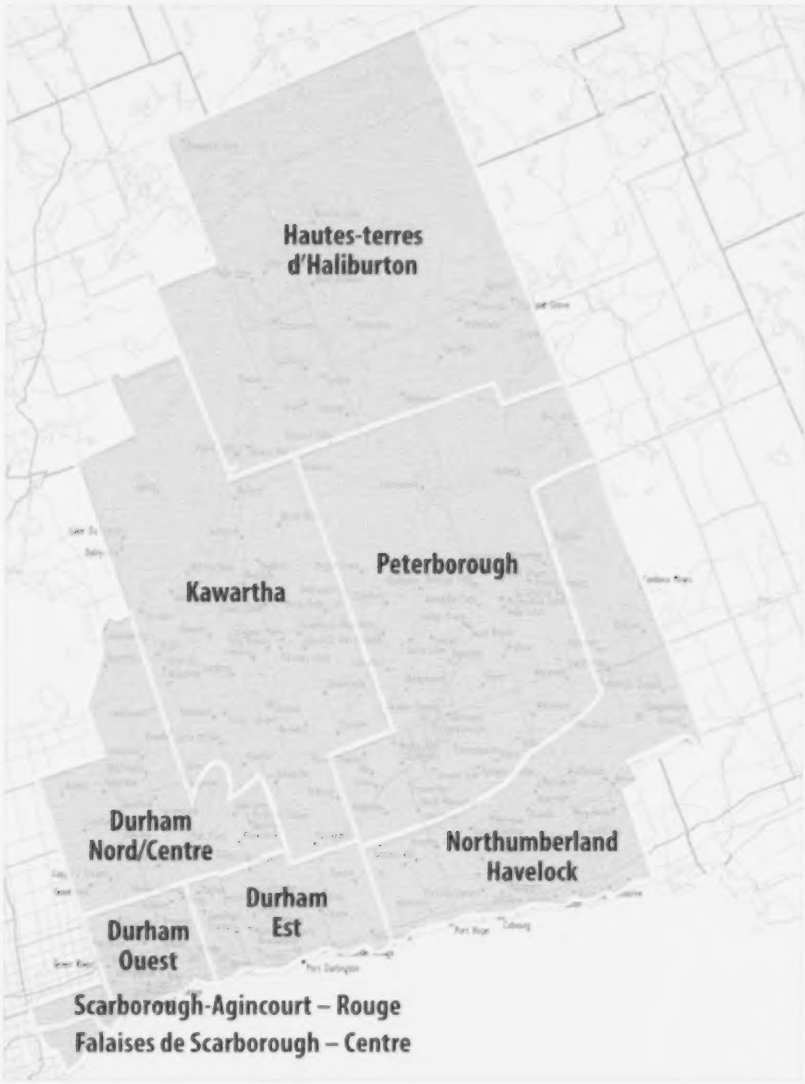
Des communautés impliquées. Des communautés en santé.

Rapport annuel 2008-2009 du RLISS du Centre-Est

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)



Adoptée en mars 2006, la *Loi sur l'intégration du système de santé local* vise à mettre en place un système de santé intégré afin d'améliorer la santé des Ontariennes et des Ontariens grâce à un meilleur accès aux services de santé, à des soins de santé coordonnés et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelle locale, par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les RLISS ont la responsabilité de planifier, coordonner et financer des fournisseurs de services de santé dans leurs propres limites géographiques (hôpitaux, maisons de soins de longue durée, services communautaires de soutien, centres de santé communautaires, centres d'accès aux soins communautaires et organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie). Le 1er avril 2007, les RLISS ont reçu le pouvoir et la responsabilité de financer leurs fournisseurs. Ce rapport annuel est le deuxième de ce genre.

Pour en savoir plus sur les RLISS et consulter la foire aux questions, visitez le site Web des RLISS à l'adresse www.RLISS.on.ca.

Table des matières

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU CHEF DE LA DIRECTION 2
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
INTRODUCTION 5
ENTENTE DE RESPONSABILISATION MSSLD-RLISS 6
Qu'est-ce qu'une entente de responsabilisation MSSLD-RLISS? 6
Indicateurs de rendement de l'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS 6
Plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre-Est (PSSI) 8
Réalisation du PSSI 8
Initiatives francophones 12
Initiatives autochtones 12
Activités d'intégration 15
ACTIVITÉS DU RLISS POUR RÉALISER LES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT 17
Activités de réduction des temps d'attente dans les SU 17
Amélioration de la situation de l'ANS 17
Plan des services cliniques 19
ANALYSE DE LA PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE DU RLISS DU CE 20
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS 21
État de la Situation Financière 22
État des Activités Financières 23
État de la variation de la dette nette 24
État des flux de trésorerie 24
Notes complémentaires 25
MEMBRES DU PERSONNEL 33
COORDONNÉES 34

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU CHEF DE LA DIRECTION

Le titre du rapport annuel de cette année, « Authenticité, abondance et harmonisation », s'inspire de notre symposium de juin 2008 et témoigne du dévouement des fournisseurs de services de santé, des dirigeants de la communauté, des patients, des consommateurs et de leurs familles qui ont entrepris avec nous le renouvellement du système de santé.

Le thème de l'**abondance** est probablement le plus difficile à imaginer ou à reconnaître dans le paysage actuel de la santé, un paysage de restrictions budgétaires, de pressions financières, d'inégalité et de déficits jamais vus. Mais il est clair que notre RLISS en est un d'extraordinaire abondance, grâce à l'incroyable diversité des gens qui continuent à mettre chaque jour leur expérience et leurs connaissances exceptionnelles des soins au service des patients et des résidents.

L'harmonisation consiste à amener un groupe en particulier à se joindre à d'autres au sein d'une entente collective. Selon certains, il s'agit d'une véritable boussole pour l'évolution des réseaux locaux d'intégration des services de santé. Au RLISS du Centre-Est, nous pensons qu'à la base de l'harmonisation se trouvent les priorités de changement définies par les orientations stratégiques et le plan de services de santé intégrés (PSSI).

Nous avons besoin de tous les fournisseurs de services de santé, dont nous dépendons, pour harmoniser et réaliser ces vastes buts et objectifs de rendement. Cette dépendance est renforcée par l'élaboration d'ententes de responsabilisation, tant entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS qu'entre le RLISS et les fournisseurs locaux de services de santé. Ce n'est que lorsque nous serons en mesure d'harmoniser nos stratégies et nos ressources que nous pourrons commencer à harmoniser et mieux coordonner le continuum des services de santé si indispensable aux personnes qui vivent et qui travaillent dans la région du Centre-Est.

L'un des plus importants projets d'harmonisation réalisés en 2008-2009 est la rédaction du plan sur les services hospitaliers et cliniques. Dans le cadre de ce plan, les hôpitaux ont collaboré entre eux pour créer « un réseau intégré de soins de courte durée » ayant la vision d'un « système hospitalier intégré amélioré et équitable qui propose la qualité de soins la plus élevée de tout le RLISS du Centre-Est ». Les efforts des hôpitaux pour suivre les recommandations du plan se poursuivront en 2009-2010.

L'authenticité peut être décrite comme la « qualité de ce qui est authentique, véritable et valide, et exprime les pensées de manière honnête et sincère ». Notre foi envers la participation communautaire est à la base de l'authenticité dans le RLISS du Centre-Est. La participation communautaire correspond à notre manière d'agir. Il nous correspond. La participation communautaire est ce qui rend l'abondance possible. C'est la méthode utilisée pour parvenir à l'harmonisation.

En 2008-2009, forts d'un nouveau langage et en utilisant les symboles **de l'authenticité, de l'abondance et de l'harmonisation**, nous découvrirons sûrement de puissantes capacités d'innovation et de changement véritable.

Nous avons instauré un processus d'authentique participation communautaire, et la population a commencé à comprendre que, pour régler les problèmes durables de notre système de santé, il fallait de nouvelles idées et la volonté d'entreprendre de nouvelles discussions et de nouveaux partenariats. Fini le temps où un seul imposait à tous ses idées : la solution repose sur l'abondance collective du système lui-même. Lorsque chacun travaille dans son coin, il se crée une dynamique de pénurie et de concurrence.

Mais lorsque tout le monde collabore sous la forme d'un réseau, la richesse des idées et des ressources est mise en lumière.

Si nous rassemblons nos forces, le système de santé peut réellement commencer à définir des objectifs communs et une vision unique au nom des personnes qui l'utilisent.

Je vous remercie pour votre contribution indéfectible au renouvellement du système de santé.

Foster Loucks,
Président

Deborah Hammons,
Chef de la direction

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Foster Loucks	Durée du mandat : 1er juin 2005 au 31 mai 2008 Reconduction : 1er avril 2005 au 1er juin 2011
Joseline Sikorski	Durée du mandat : 1er juin 2005 au 31 mai 2008 Reconduction : 1er avril 2005 au 1er juin 2011
Jean Achmatowicz MacLeod	Durée du mandat : 1er juin 2005 au 31 mai 2008 Reconduction : 1er avril 2005 au 1er juin 2011
Novina Wong	Durée du mandat : 5 janvier 2006 au 4 février 2007 Reconduction : 5 février 2007 au 4 février 2010
Stephen Kylie	Durée du mandat : 1er mars 2006 au 29 février 2008 Reconduction : 1er mars 2008 au 28 février 2011
Dr Alexander Hukowich	Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 juin 2007 Reconduction : 17 juin 2007 au 16 juin 2010
William Gleed	Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 juin 2007 Reconduction : 17 juin 2007 au 16 juin 2010
Ronald Francis	Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 mai 2008 Reconduction : 17 mai 2008 au 16 mai 2011

La structure de gouvernance des RLISS est établie par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Les RLISS sont des organismes sans but lucratif régis par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le gouvernement provincial.

Le conseil de chaque RLISS est composé d'au moins neuf membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les membres siègent pendant une période allant jusqu'à trois ans et peuvent être reconduits pour un mandat. Le lieutenant-gouverneur en conseil a la responsabilité de nommer le président et au moins un vice-président parmi les membres.

Le conseil d'administration est chargé de gérer et de contrôler les affaires du RLISS et constitue le principal groupe d'interaction avec le ministère. Le conseil peut adopter des règlements et des résolutions et peut constituer des comités. Certains règlements peuvent nécessiter l'approbation du ministre. Vous trouverez plus de détails sur le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est sur le site Web à : http://www.centraleastlhin.on.ca.

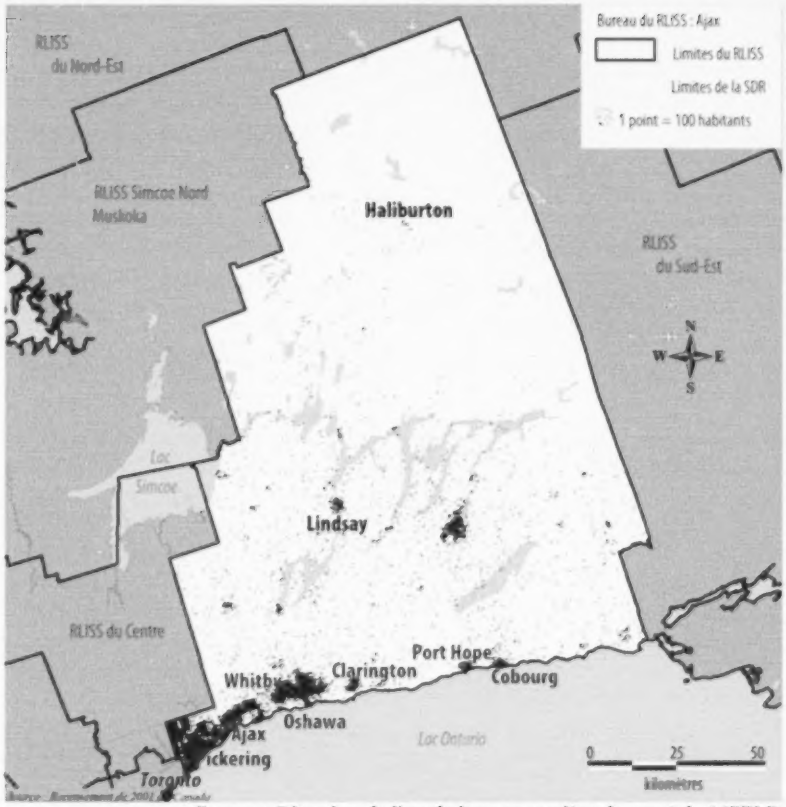
INTRODUCTION

Le RLISS du Centre-Est est l'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé créés par le gouvernement de l'Ontario en tant qu'organismes communautaires chargés de planifier, coordonner, intégrer et financer localement les services de santé fournis par les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les services communautaires de soutien, les services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et les centres de santé communautaire.

Le RLISS du Centre-Est est l'une des régions géographiques qui connaissent la plus forte croissance démographique. Il abrite approximativement 11 % de la population ontarienne. Le RLISS du Centre-Est est un mélange de communautés urbaines et rurales, et constitue le sixième plus vaste RLISS de l'Ontario (16 673 km^2). Avec ses villes densément peuplées, ses banlieues, ses collectivités rurales agricoles, ses villages de villégiature et ses peuplements éloignés, le RLISS du Centre-Est s'étend de Victoria Park à Algonquin Park.

Les quartiers de nos zones de planification s'enorgueillissent de leur grande diversité en matière de valeurs communautaires, d'appartenance ethnique, de langues et de caractéristiques socio-démographiques.

Carte de la population



Source : Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD

	CENTRE-EST	ONTARIO	Pour l'ensemble du RLISS
Population totale (2006) †	**1 484 300**	**12 687 000**	**238 000 - 1 604 900**
Population des personnes âgées de 65 ans ou plus (2006)†	13,2 %	12,9 %	9,0 - 16,7 %
Population déclarant l'anglais comme langue maternelle	74,5 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population déclarant le français comme langue maternelle	1,5 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d'immigrants	32,0 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d'immigrants récents (1996-2001)	5,7 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population des personnes issues de minorités visibles	30,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population d'identité autochtone	0,9 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d'activité (% de la population des personnes qui travaillent) (15 ans ou plus)	66,3 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans ou plus)	6,7 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population des unités à faible revenu	14,8 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles monoparentales (avec enfants)	24,4 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas la 9e année	7,7 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas le diplôme d'études secondaires	26,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans ou plus) ayant effectué une formation post-secondaire	46,2 %	48,7 %	42,4 -55,8 %

Source : † Prévisions démographiques de 2006, MSSLD, Provincial Health Planning Database. Autres indicateurs : Recensement de 2001 du Canada.

ENTENTE DE RESPONSABILISATION MSSLD-RLISS

Qu'est-ce qu'une entente de responsabilisation MSSLD-RLISS?

Le réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (RLISS du CE) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont négocié et ratifié une entente de responsabilisation qui établit les obligations et les responsabilités du RLISS et du ministère pour la période allant de 2007-2008 à 2009-2010. L'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS prévoit un certain nombre de calendriers détaillant les attentes du RLISS en matière de participation communautaire; de planification et intégration; de gestion du système de santé local; de gestion financière; de rendement du système de santé local et de cybersanté.

L'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS reprend les ententes de responsabilisation que les RLISS ont déjà négociées avec certains fournisseurs de services de santé.

Indicateurs de rendement de l'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

L'*entente de responsabilisation MSSLD-RLISS* définit clairement la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS du CE en ce qui concerne la prestation des programmes et services locaux de santé. Elle établit une entente mutuelle entre le ministère et le RLISS et détaille les objectifs de rendement de chacun dans une période définie.

Le tableau suivant indique le rendement du RLISS du CE par rapport aux objectifs établis pour 2008-2009.

Indicateurs de rendement	Point de départ du RLISS 2008-2009	Objectif du RLISS 2008-2009	Trimestre le plus récent de 2008-2009*	Résultats annuels**	Objectif atteint OUI/NON
1. 90e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer	50	45	52	51	NON
2. 90e percentile du temps d'attente pour pontage cardiaque	-	-	-	-	-
3. 90e percentile du temps d'attente pour chirurgie de la cataracte	150	150	118	123	OUI
4. 90e percentile du temps d'attente pour remplacement de la hanche	250	210	138	184	OUI
5. 90e percentile du temps d'attente pour remplacement du genou	286	210	153	188	OUI
6. 90e percentile du temps d'attente pour diagnostic d'IRM	109	74	81	83	OUI
7. 90e percentile du temps d'attente de tomodensitogramme diagnostique	53	28	29	32	OUI
8. Taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé de nature ambulatoire (ACSC)	284,81	280,00	279,62	270,96	OUI
9. Temps d'attente médian pour place en maison de soins de longue durée – toutes places	63.00	45,00	105,00	86,00	NON
10. Pourcentage de jours d'Autre niveau de soins (ANS) – par RLISS d'établissement	14,10	10,75	16,46	14,91	NON
11. Taux de cas aux services des urgences pouvant être traités ailleurs	17,86	11,79	17,82	16,56	NON
12. Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde	4,33	3,80	3,98	4,01	OUI

***Remarque**
L'évaluation de la capacité du RLISS du CE à attendre les objectifs de rendement pour chaque indicateurs de rendement du MSSLD tient compte de la limite supérieure de la marge de rendement (objectif de rendement + x %).
***Indicateurs de rendement 1 à 7 = T4 de 2008-2009; et 8 à 12 = T3 de 2008-2009**
****Les indicateurs de rendement 8 à 12 (dans la colonne Résultats pour l'année) n'incluent que la moyenne des trimestres 1 à 3.**

À la fin de 2008-2009, le RLISS du Centre-Est n'est pas parvenu à atteindre les quatre objectifs de rendement établis dans son entente de responsabilisation. Voici une description de ces quatre objectifs et une explication de l'écart :

Indicateur de rendement n° 1
90e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer
Trois hôpitaux ont déclaré des temps d'attente supérieurs pour la chirurgie du cancer : Lakeridge Health Corporation (LHC), Rouge Valley Health System (RVHS) et l'hôpital de Scarborough (HS). Ces tendances à la hausse peuvent être attribuées aux problèmes temporaires de dotation en personnel.

Le temps d'attente de l'hôpital Northumberland Hills (HNH) pour le 3e trimestre a été supérieur à la normale, mais celui du 4e trimestre est tombé bien en dessous des objectifs provinciaux et internes pour le RLISS du CE.

Indicateur de rendement n° 9
Temps d'attente médian pour un placement dans une maison de soins de longue durée
Le RLISS du CE n'est pas parvenu à atteindre les objectifs internes et provinciaux en 2008-2009. La tendance pour cet indicateur s'est renforcée pendant l'année et a atteint un pic de 105 jours pendant le 4e trimestre.

Les préférences culturelles pour des maisons de soins de longue durée comme Yee Hong (foyer chinois) engendrent de très longs temps d'attente (p. ex., de 4 à 5 ans). La difficulté entourant la prestation de soins à des populations dont font partie des patients ayant des comportements agressifs, souffrant de troubles à caractère sexuel ou de maladies mentales a pesé lourd sur les temps d'attente dans le RLISS du CE. Le nombre de clients appartenant à la catégorie 1A (prioritaire pour le placement) du centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est (CASC du CE) est l'un des plus importants de toute la province.

Indicateur de rendement n° 10
Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS) – par établissement du RLISS :
Le pourcentage de jours d'autres niveaux de soins pour les hôpitaux du RLISS du Centre-Est s'élève à 16,46 % (données des trois premiers trimestres). Ce nombre est supérieur à l'objectif de rendement du RLISS (10,75 %) et à la marge de rendement (11,83 %).

Cet écart était prévu, les hôpitaux ayant signalé des difficultés liées au manque de place dans nos communautés. Afin de surveiller et d'améliorer ce rendement, le RLISS a créé et mis en place l'« outil pour l'ANS ». Cet outil permet à chaque hôpital d'entrer un état hebdomadaire de la situation de l'ANS dans une base de données centralisée par Internet et de consulter des rapports de rendement. Par ailleurs, les téléconférences mensuelles continueront à être animées par le RLISS dans le but de débattre des problèmes liés au rendement en matière d'ANS.

Les autres actions concernant l'ANS sont détaillées à la page 16.

Indicateur de rendement n° 11
Taux de cas des services des urgences (SU) pouvant être traités ailleurs
Bien qu'il n'ait pas atteint l'objectif de l'entente de responsabilisation dans ce domaine, le RLISS du CE a fait quelques progrès depuis le début de l'exercice financier et a réduit le nombre de visites aux SU entre le 3e et le 4e trimestre. Le volume de patients souffrant de troubles mentaux et comportementaux a considérablement diminué dans plusieurs établissements entre le début de l'exercice financier et le 3e trimestre.

Les projets actuels et futurs, comme le programme de financement axé sur les résultats, la Stratégie Vieillir chez soi et le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes (en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et le personnel du RLISS du CE) continueront à favoriser la réduction des cas des SU pouvant être traités ailleurs dans le RLISS du CE.

Une surveillance étroite se poursuit, particulièrement en ce qui concerne l'hôpital Ross Memorial et le Centre régional de santé de Peterborough (volumes plus élevés de visites aux SU pouvant être évitées en 2007-2008), ainsi que pour les patients de 1 à 9 ans et de 15 à 24 ans.

Plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre-Est (PSSI)

En novembre 2006, lorsque le RLISS du Centre-Est a publié son plan de services de santé intégrés, il a précisé que « cette version préliminaire du plan de service de santé intégré vise un système qui se concentre sur les priorités de changement essentielles en matière de santé ». Ce plan détaillait les stratégies en amont, comme la prévention et la gestion des maladies, l'hébergement, la compétence culturelle, autant de stratégies qui limiteront en aval le gaspillage de services de soins de santé restreints et plus onéreux.

Réalisation du PSSI

En 2008-2009, les fournisseurs de services de santé, les patients et les intervenants de toute la région poursuivaient leurs projets pour la réalisation du plan de services de santé intégrés grâce au financement accordé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS. Ces projets visaient plus particulièrement des populations cibles dans trois domaines prioritaires : les soins continus pour les aînés; la prévention et la gestion des maladies chroniques et les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Soins continus pour les aînés

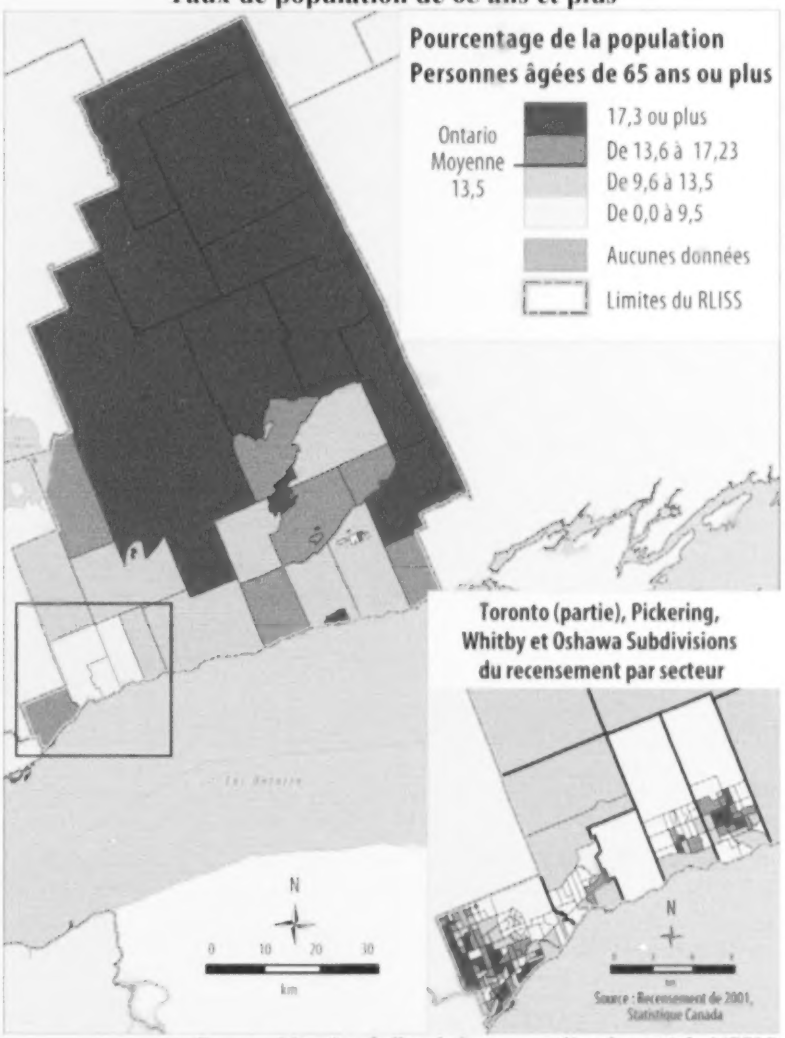
Propositions financées dans le cadre de la stratégie provinciale Vieillir chez soi – annonce de juin 2008

- Le financement annoncé visait 27 projets conçus pour aider les personnes âgées à vivre en bonne santé et de manière autonome et digne dans le confort de leur foyer. Les propositions présentées par des fournisseurs de services de santé ont été jugées sur leur conformité au plan de services de santé intégrés (PSSI) et sur les services inclus comme le transport étendu et les programmes de popote roulante pour les personnes âgées malentendantes ou malvoyantes; les programmes d'exercice; l'expansion et la création des services de jour pour adultes; les soins de relève et l'hébergement avec service de soutien disponibles.

Rapport du projet concernant la priorité d'hébergement avec services de soutien – terminé

- Il est nécessaire de mieux comprendre le rôle que l'hébergement avec services de soutien joue dans le continuum des soins, et même au-delà. Par ailleurs, il faut répertorier les

Taux de population de 65 ans et plus



Source : Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD

occasions d'investissement dans le Centre-Est. Dans cet objectif, une équipe de projet a recherché, exploré et recommandé des méthodes et pratiques d'excellence dans le domaine et entrepris la création d'une méthode équitable, transparente et justifiable pour déterminer où il convient de créer ou renforcer des hébergements avec services de soutien dans le Centre-Est.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2)

Rapport du projet concernant la priorité d'étude des services de soutien communautaire (SSC) – terminé

- Dans le but de favoriser la viabilité du secteur des SSC en tant qu'élément plus équitable du système de santé et de soutien du Centre-Est, une équipe de projet a évalué l'infrastructure et les ressources actuelles des SSC, fait des recommandations au sujet des parties du secteur dans lesquelles investir, recensé les obstacles et les débouchés innovateurs, recommandé des stratégies pour renforcer l'intégration et commencé à rechercher les ressources humaines adaptées (salariés et bénévoles) nécessaires pour faire vivre et croître le secteur des SSC de manière responsable.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2)

Rapport du projet concernant la priorité du soutien aux soignants et de leur bien-être – terminé

- Étant donné l'importance des soignants dans le cadre du continuum des soins, ce projet vise à ce que les soignants obtiennent un soutien adapté, au bon endroit et au bon moment. Il consiste à soutenir plus efficacement les soignants et à donner aux personnes et aux familles les moyens de devenir des soignants. L'équipe de projet a répertorié et validé les problèmes et les besoins propres aux soignants. Le projet a recensé les meilleures pratiques et possibilités d'intégration du soutien aux soignants en se penchant sur les structures existantes et inexistantes. Le projet a permis de définir les besoins dans le RLISS du Centre-Est en matière de système de soutien aux soignants.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2)

Projet prioritaire Home at Last (HAL) – transition du projet au programme

- Bien qu'il arrive un temps dans la vie de chacun où le recours à des services hospitaliers est nécessaire, la plupart des gens sont heureux de retourner chez eux le plus rapidement possible pour guérir et se rétablir. Ce problème s'amplifie dans la population vieillissante : les personnes âgées restent plus longtemps que nécessaire dans le milieu de soins de courte durée, ce qui fait plus de mal que de bien. Jusqu'en avril 2009, l'équipe de projet élabore et continue à réaliser le plan de déploiement du programme HAL dans les hôpitaux de Durham et de Scarborough.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10252)

Prévention et gestion des maladies chroniques

Lakeridge Health Corporation d'Oshawa nommé centre de traitement des AVC de district – novembre 2008

- Avec le soutien du Réseau ontarien contre les accidents vasculaires cérébraux, le RLISS du Centre-Est a nommé la Lakeridge Health Corporation d'Oshawa centre de traitement des AVC de district. Le financement associé à cette nomination a permis à l'hôpital d'embaucher du personnel clinique spécialisé et de se procurer des médicaments destructeurs de caillots, ou t-PA (activateur de plasminogène tissulaire), pouvant être rapidement administrés pour limiter les effets de l'AVC. Lakeridge Health s'est associé au centre de traitement des AVC de district existant du Centre régional de santé de Peterborough pour entreprendre la création d'un système AVC (*Stroke System*) dans le RLISS du Centre-Est. Cette nomination entraîne un rapprochement des soins pour les patients de la région de Durham qui devaient auparavant se rendre à Toronto, Barrie, dans la région de York ou à Peterborough pour obtenir ces services.

Dépistage précoce, intervention et intégration de la prévention et de la lutte contre les maladies chroniques (PLCMC) chez la population souffrant de néphropathie chronique dans le réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (RLISS du CE) – en cours

- Cette activité vise à recenser les populations hautement susceptibles d'être atteintes de néphropathie chronique, à prévenir ou à gérer la comorbidité existante et à améliorer la qualité de la vie et la perception des soins de cette population, tout en réduisant les coûts de la santé du RLISS du CE. – (http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=13042)

Projet prioritaire d'autogestion des clients/soignants – transition du projet au programme

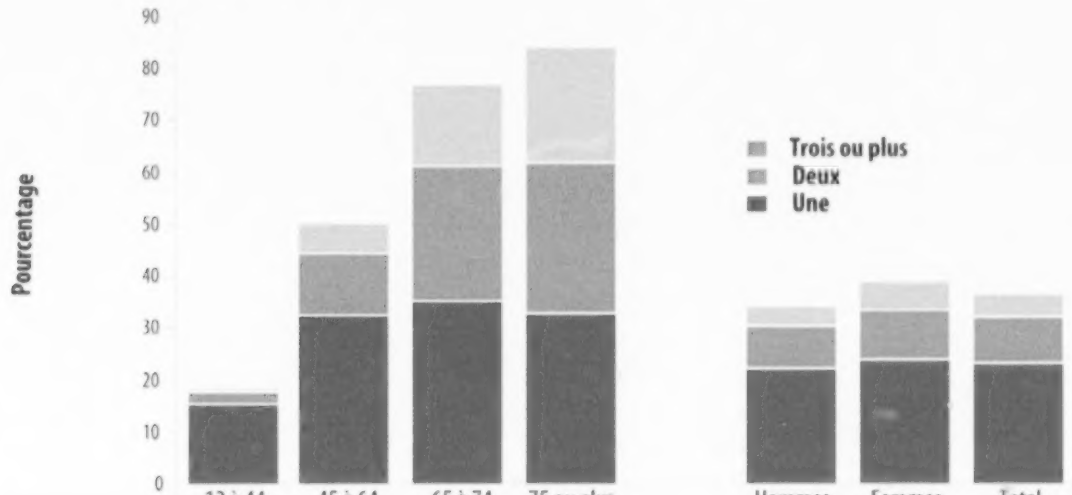
- L'autogestion consiste en une méthode de soins collaborative et axée sur le patient favorisant la mobilisation, l'information et l'habilitation du patient. Il est notoire que l'amélioration de la capacité à autogérer sa propre maladie chronique contribue à la santé et au bien-être et de plus en plus, à la viabilité financière du système de soins de santé. L'équipe de projet, qui a collaboré avec le centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est à titre de principal organisme de promotion du programme, s'est associée à deux organismes existants pour informer et former des

personnes sur le programme Stanford d'autogestion des maladies chroniques. Au cours de la première année du projet, ce modèle d'autogestion des maladies chroniques a été présenté comme la norme pour toute la région du Centre-Est et a été dispensé à environ 450 personnes dans des établissements communautaires et de soins. (www.healthylifeworkshop.ca).

Projet prioritaire de déploiement des lignes directrices de 2008 sur les soins cliniques pour le diabète – terminé

- L'équipe de projet a rédigé et distribué 16 000 copies d'un Guide de ressources sur le diabète intitulé *Living with Diabetes – What you should know* (Vivre avec le diabète : ce qu'il faut savoir) pour augmenter le profil des services et de l'application des lignes directrices sur les soins cliniques de 2008. L'équipe de projet s'est également attachée à renforcer la coordination entre les intervenants du secteur et l'uniformité des pratiques dans tout le RLISS du CE en organisant un certain nombre d'activités de partage des connaissances à l'intention des cliniciens et des éducateurs en matière de diabète. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10472)

Population de 12 ans et plus ayant déclaré une, deux, trois ou plus de trois maladies chroniques, par groupe d'âge et par sexe, Ontario, 2005.



	12 à 44	45 à 64	65 à 74	75 ou plus	Hommes	Femmes	Total
Trois ou plus	0,5	5,8	15,9	22,2	3,9	5,3	4,6
Deux	2,6	11,8	25,9	29,1	8,1	9,6	8,9
Une	15,0	32,2	35,0	32,6	21,9	23,7	22,8

Source : Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistiques Canada, fichier partagé Ontario

Santé mentale et toxicomanie

Analyse de l'environnement en toxicomanie – terminée

- L'analyse environnementale permet aux fournisseurs de services de lutte contre la toxicomanie du RLISS du CE et à tous les organismes en prestation de services aux populations souffrant de toxicomanie et de troubles concomitants d'étayer leurs démarches de planification des services. L'analyse a produit des données concernant : les besoins des communautés en matière de services; le fardeau des maladies associées à la toxicomanie; la toxicomanie elle-même; les possibilités de collaboration et d'intégration des services de lutte contre la toxicomanie, des fournisseurs communautaires et hospitaliers de services de santé mentale et des intervenants de premier recours (ESF, CSC, hôpitaux) et le recensement des services manquants dans le RLISS du CE.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2)

Plan d'action en bien-être et récupération (WRAP) – en cours

- Le WRAP est un programme d'éducation visant à donner les capacités de gérer sa propre maladie mentale en partant du point de vue de pairs. Le Consumer Survivor Initiative (CSI) Network du CE (réseau d'initiatives pour le client survivant) a déposé au RLISS du CE une proposition visant à attribuer à ces groupes un financement pour couvrir les frais de formation et de ressources. Grâce à ce financement, 150 personnes souffrant de maladie mentale ont suivi cette formation. Il s'est avéré que ces méthodes d'autogestion réduisent les visites aux urgences et améliorent l'état de santé général de ces personnes.

Projet prioritaire d'intervention précoce auprès des jeunes présentant des besoins en santé mentale et en toxicomanie – terminé

- Ce projet répond à un besoin criant de résoudre les difficultés inhérentes à la transition entre les services de santé mentale destinés aux jeunes et ceux destinés aux adultes. Les fournisseurs de services n'étaient plus en mesure d'assurer efficacement la transition. Il en est résulté des retards inutiles dans le dépistage précoce, le traitement, la planification continue des soins et la « passation » des soins au fournisseur suivant. L'équipe de projet a recherché les stratégies en cours en matière de prévention et de promotion de la santé et a commencé à établir des partenariats dans tout le RLISS du Centre-Est pour créer des « itinéraires du client » et normaliser les protocoles de transition des adolescents vers les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie pour adultes. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10256)

Projet prioritaire concernant les troubles alimentaires – en cours

- L'équipe de projet poursuit les activités d'information et de sensibilisation sur les troubles alimentaires. Elle répertorie les pratiques d'excellence et les modèles de transition privilégiés entre les établissements de soins de courte durée et les établissements communautaires et crée des pratiques et des modèles pour le soutien permanent des soignants.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10414)

Départ des patients traités en services de santé mentale de courte durée, journées et durée moyenne du séjour (DMS), hôpitaux du Centre-Est et de l'Ontario

Hôpitaux	Départs	Courte durée		Total	
		Jours	DMS	Jours	DMS
Durham					
Lakeridge Health - Bowmanville	48	186	3,9	253	5.3
Lakeridge Health - Oshawa‡	1 184	13 465	11,4	14 696	12.4
Lakeridge Health - Port Perry	31	234	7,5	418	13,5
Markham Stouffville - Uxbridge	32	183	5,7	183	5,7
Rouge Valley Health System - Ajax‡	645	6 763	10,5	7 652	11,9
Haliburton					
Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	12	78	6,5	78	65
Kawartha Lakes					
Ross Memorial	116	1 175	10,1	1 392	12.0
Northumberland					
Campbellford Memorial	72	537	7,5	1 051	14,6
Northumberland Hills	98	503	5,1	668	6,8
Peterborough					
Centre régional de santé de Peterborough‡	905	11 664	12.9	12 948	14,3
Toronto					
Rouge Valley Health System - Centenary‡	1 379	13 263	9,6	13 418	9,7
Hôpital de Scarborough - Grace‡	840	8 915	10,6	9 678	11,5
Hôpital de Scarborough - Soins généraux‡	1 028	8 022	7,8	8 932	8,7
Total pour le Centre-Est	**6 390**	**64 988**	**10,2**	**71 367**	**11,2**
Ontario	**57 683**	**621 495**	**10,8**	**696 049**	**12.1**

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2004/05.
‡Patients hospitalisés pour des soins de courte durée en psychiatrie le 31 mars 2005.

Activités d'engagement communautaire

Les activités du RLISS du Centre-Est sont rendues possibles par l'engagement, les connaissances et la motivation de centaines de résidents qui participent aux partenariats pour la planification, aux réseaux d'autoapprentissage et aux équipes de projet. Il est possible de consulter le journal de ces activités en cliquant sur la page Calendar du site Web du RLISS du Centre-Est (en anglais).
(http://www.centraleastlhin.on.ca/showcalender.aspx?ekmensel=e2f22c9a_72_196_btnlink)

Équipes locales de planification et de mobilisation

Une équipe est un groupe consultatif formé de 9 à 15 membres qui dispensent ou reçoivent des services de santé dans une communauté donnée. Ensemble, ces équipes représentent le continuum des services de santé, avec des membres venant du secteur des soins primaires, des hôpitaux, des services communautaires, des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, des soins de longue durée ainsi que des médecins et des pharmaciens. Les résidents intéressés par le système de santé peuvent également participer.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=576)

Zone 1 - Équipe de bénévoles des Hautes-terres d'Haliburton
Zone 2 - Équipe de bénévoles de Kawartha Lakes
Zone 3 - Équipe de bénévoles de la Ville et du comté de Peterborough
Zone 4 - Équipe de bénévoles de Northumberland-Havelock
Zone 5 - Équipe de bénévoles de Durham-Est
Zone 6 - Équipe de bénévoles de Durham-Ouest
Zone 7 - Équipe de bénévoles de Durham-Nord-Centre
Zone 8 - Équipe de bénévoles de Scarborough Agincourt - Rouge
Zone 9 - Équipe de bénévoles de Falaises de Scarborough-Scarborough-Centre
Interzone - Équipe de bénévoles des services de santé en français

Initiatives francophones

En mai 2008, le RLISS du Centre-Est, en partenariat avec le conseiller régional du ministère pour les services de santé en français, a créé une équipe de bénévoles des services de santé en français, projet faisant partie du plan de services de santé intégrés. Contrairement aux autres équipes de bénévoles formées en fonction de la zone géographique, l'équipe de bénévoles des services de santé en français représente la totalité de la communauté francophone du RLISS du Centre-Est. Huit personnes dévouées possédant de l'expérience intersectorielle dans les soins de santé et les services communautaires ont rejoint cette équipe et conseillent le RLISS en ce qui a trait aux besoins des francophones.

Initiatives autochtones

Le RLISS du Centre-Est est une région diversifiée dans laquelle vivent plusieurs premières nations : la Première nation d'Alderville, la Première nation de Curve Lake, la Première nation Hiawatha et la Première nation Mississauga de l'île Scugog. Il existe d'autres populations autochtones sur le territoire du RLISS, dont des métis et des Inuits. Les communautés des premières nations regroupent environ 12 000 résidents. En 2008-2009, le RLISS du Centre-Est a mené des échanges avec les Premières nations, les métis et les communautés autochtones hors-réserve de la région pour rechercher des occasions de mieux communiquer et de planifier ensemble.

À partir des discussions menées les années précédentes et approuvées par les représentants autochtones, le RLISS du Centre-Est a entrepris la création d'un « cercle consultatif sur la santé » (Health Advisory Circle) au cours des premiers mois de 2009. Ce cercle conseillera le RLISS à propos des objectifs, des priorités et des programmes culturellement, socialement et historiquement importants tandis qu'il poursuivra la planification, la coordination, l'intégration et le financement du système local de santé.

Le 3 mars 2009, les RLISS de la région du grand Toronto (RGT) ont collaboré pour planifier une activité d'engagement avec la communauté autochtone de la RGT au Native Canadian Centre of Toronto. Les participants représentaient les organismes et les programmes autochtones de toute la RGT, ainsi que la vision commune aux RLISS et à la communauté de l'amélioration de l'état de santé des peuples autochtones vivant en milieu urbain.

Dans une optique culturelle de participation communautaire et à partir des entrevues réalisées en 2008 avec les informateurs clés, les RLISS ont présenté des recommandations concernant la méthode qui sous-tend les stratégies futures. Ces recommandations ont formé la base des discussions thématiques de groupe concernant les fondations du futur engagement.

Les résultats se sont révélés très positifs : 90 % des participants ont eu la sensation que la séance « leur donnait la possibilité de participer et d'exprimer leur opinion » et plus de 80 % d'entre eux ont considéré que c'était « une réussite ».

Réseaux à l'échelle du RSLISS

Tout comme les équipes de bénévoles, les membres des réseaux illustrent le continuum des services de santé. À la différence des équipes de bénévoles, cependant, les réseaux rassemblent des équipes provenant de tout le RLISS et concentrées chacune sur une priorité précise du PSSI. Pour la plupart, les réseaux génèrent les orientations stratégiques qui permettront d'améliorer l'intégration des services et la qualité des soins pour leurs communautés prioritaires. Les réseaux sont orientés par un comité directeur de 12 à 15 membres ayant des intérêts et des compétences en lien avec la priorité en question. Le comité directeur constitue un lien entre le RLISS et le réseau plus vaste, pouvant également être vu comme une communauté d'intérêts. Les réseaux ne sont pas limités en taille.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=632)

Réseau de soins continus pour les personnes âgées
Réseau de prévention et de lutte contre les maladies chroniques
Réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

En novembre 2008, le Central East Hospice Palliative Care Network formé de membres locaux de ce secteur a entrepris un processus d'intégration des trois End-of-Life Care Networks (réseaux de soins de fin de vie) en activité dans le Centre-Est (Durham Region End-of-Life Care Network; Haliburton, Kawartha and Pine Ridge End-of-Life Care Network; et Toronto Palliative Care Network-East Region). Le cadre de planification et les conditions générales du nouveau réseau ont été élaborés, les membres du comité directeur inaugural ont été identifiés. (http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=12934)

Groupes de travail

Les groupes de travail sont des équipes d'action temporaires créées pour traiter de certaines questions ou possibilités communes aux réseaux (secteurs de priorité) et équipes de bénévoles. Ils sont constitués de membres ayant une expertise en la matière et venant de tous les coins du RLISS du Centre-Est. Par exemple, le **Groupe de travail sur les soins primaires** est constitué de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels des soins paramédicaux faisant office de ressource principale en matière de soins primaires pour des questions en lien avec nos priorités. Ces groupes sont :
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=634)

Le groupe de travail sur le rendement du service des urgences
Le groupe de travail sur l'autre niveau de soins
Le groupe de travail sur les services en réadaptation
Le groupe de travail sur les soins de santé primaire
Le comité d'organisation de la cybersanté

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

En 2008, le RLISS du Centre-Est créait un **comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)**. Ce nouvel organisme, désormais en place dans chaque RLISS, est chargé d'aider le RLISS à assumer ses responsabilités en lui prodiguant des conseils sur la création d'un système de santé axé sur le patient. Les 14 membres du CCPS du RLISS du Centre-Est sont des médecins, des infirmières et des professionnels des soins paramédicaux venant de tout le RLISS. Le groupe collabore directement avec le chef de la direction pour examiner les activités du RLISS et donner des conseils.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10178&ekmensel=e2f22c9a_72_184_10178_5)

Autres activités d'engagement

En avril et mai 2008, le RLISS du Centre-Est a aidé le **Rouge Valley Health System** dans sa démarche pour engager ses communautés à mettre en place un nouveau modèle de prestation de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Cette démarche prévoyait la participation à des groupes de discussion, une grande réunion à l'hôtel de ville et la collecte d'opinions par des sondages et des envois par courriel.
http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=4976

En juin 2008, le RLISS du Centre-Est a organisé son deuxième **symposium annuel**, intitulé « Authenticité, abondance et harmonisation ». Les partenaires de planification, les résidents et les fournisseurs de services de santé de toute la région ont été invités aux trois journées d'activités. Près de 400 personnes étaient présentes lors de la réception d'ouverture et plus de 300 ont pris part aux ateliers et aux réunions de planification. Cet événement a donné le coup d'envoi du nouveau projet d'engagement entre conseils (voir plus bas) et a également permis de présenter aux participants le projet *Triple Aim* (triple objectif) de l'Institute of Healthcare Improvement.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=5150)

Tout de suite après le symposium, le RLISS, en partenariat avec les hôpitaux et le centre d'accès aux soins communautaires, a entrepris le **plan sur les services hospitaliers et cliniques**. Plus de 150 intervenants cliniques (médecins, infirmières, professionnels paramédicaux, dirigeants administratifs) ont pris part à un vaste processus de participation communautaire pour élaborer ce plan. Un comité directeur de plus de 20 dirigeants en soins de santé a été créé pour superviser le projet. Plusieurs groupes consultatifs se sont vus confier la tâche de rédiger un cadre de prestation des services cliniques et d'élaborer des plans pour la prestation des services chirurgicaux et médicaux pour lesquels la qualité et l'accès sont les plus préoccupants. Les premières réunions ont eu lieu en juin 2008 et le plan a été présenté au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en février 2009. Une période de consultation de 60 jours avec l'ensemble de la communauté a commencé juste après la présentation du rapport au conseil. Au cours des prochains exercices fiscaux, les hôpitaux poursuivront les activités de participation communautaire lors de l'élaboration des plans de mise en œuvre.

Au début de septembre 2008, le personnel du RLISS du Centre-Est a organisé trois **séances d'information multisectorielles sur l'entente de responsabilisation** avec des représentants du centre d'accès aux soins communautaires, des centres de santé communautaire, des services de soutien communautaire et des organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Ces séances visaient à leur présenter le processus de l'entente de responsabilisation et à répondre à leurs questions.

Le 22 septembre 2008, l'Ontario Medical Association et le RLISS du Centre-Est ont parrainé ensemble un **atelier d'engagement des médecins** pour informer ces derniers au sujet du RLISS du Centre-Est, de ses structures de partenariat en planification et de ses principales activités et priorités. Cet événement a donné aux participants l'occasion de discuter des possibilités pour les médecins et le RLISS de continuer à établir des partenariats fructueux. L'atelier a été élaboré par un comité de planification conjoint. Il a été suivi par 45 membres des principaux groupes de la région, dont 27 médecins.

Durant l'automne dernier et à nouveau au printemps de 2009, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a rencontré ses collègues des fournisseurs de services de santé du RLISS dans le cadre de la **stratégie d'engagement entre conseils**. Trois équipes de collaboration entre conseils (Scarborough, Durham, et

Haliburton, Kawartha, Northumberland, Peterborough, région Nord-Est) ont été créées pour établir une culture de coopération et afin que chaque fournisseur de services de santé comprenne le rôle qu'il joue dans l'ensemble du système et dans son fonctionnement. Cet événement a permis d'échanger des idées sur la planification stratégique conjointe et de recenser les occasions d'intégration et de partage des meilleures pratiques et des meilleurs outils afin d'améliorer la gouvernance de la santé. Pour ce travail, les équipes de collaboration entre conseils se sont inspiré du guide provincial *LHIN/HSP Governance Resource and Toolkit for Voluntary Integration Initiatives* (ressource et méthodes de gouvernance RLISS/FSS pour les activités volontaires d'intégration).

En janvier 2009, les équipes du projet prioritaire d'examen des services de soutien communautaire et du projet prioritaire d'hébergement avec services de soutien se sont associées pour organiser une activité fructueuse de participation communautaire à laquelle **plus de 100 membres d'organismes communautaires** ont participé.

1. Des commentaires ont été recueillis à propos des stratégies d'intégration et des fonctions administratives des SSC.
2. L'inventaire des possibilités d'hébergement avec services de soutien et les occasions d'amélioration du processus ont également été établis.
3. Les données recueillies à cette occasion ont été intégrées aux rapports finaux de ces projets.

En mars 2009, les équipes locales des Centres de Scarborough-Agincourt-Rouge et des Falaises de Scarborough se sont associées pour organiser une séance d'engagement avec les **maisons de soins de longue durée** de la communauté de Scarborough. Le personnel du RLISS, qui a recueilli des commentaires sur les difficultés et les possibilités de ce secteur, a entrepris un processus d'information sur l'élaboration d'ententes de responsabilisation avec ses intervenants.

Le personnel et les membres du conseil d'administration du RLISS du Centre-Est ont participé à des réunions publiques dans le cadre du programme **Bureau des conférenciers** du RLISS. Ils sont restés à la disposition des groupes de la communauté pour discuter, répondre aux questions sur le RLISS du Centre-Est et donner des renseignements sur les possibilités de participation à la planification du système local de santé. À cette occasion, ils ont présenté des exposés à un certain nombre de **conseils locaux et régionaux**, dont, entre autres, ceux de la région de Durham, des villes d'Ajax, d'Uxbridge et de Whitby.

Activités d'intégration

Chaque RLISS vise principalement à intégrer les services de santé pour créer un système plus efficient et, en même temps, améliorer le vécu des patients en créant un système de soins continu.

En 2008-2009, le RLISS du CE a poursuivi la planification de l'intégration volontaire en élaborant et en renforçant les processus suivants :

Défi du 1 % - (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=6820**)**

- Au cours du symposium de juin 2008, le RLISS du Centre-Est a officiellement lancé le *Défi du 1 %* visant à reverser d'ici décembre 2010 une partie des dépenses actuelles des hôpitaux (soit 10,3 millions de dollars) aux fournisseurs de services de santé financés par le RLISS du CE. Afin de se conformer à la *Loi sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) qui exige que les fournisseurs de services de santé « identifient des occasions d'intégration », ce défi est lancé non seulement aux hôpitaux du RLISS du Centre-Est, mais également aux fournisseurs de services de santé de la communauté. Au cours de 2008-2009, dix propositions ont été soumises à examen et trois d'entre elles ont débouché sur l'élaboration de chartes de projet et d'analyses de rentabilisation. Il s'agit de :
  Hébergement avec services de soutien pour les personnes en ventilation assistée
  Unité de soins de transition pour les patients d'ANS
  Transport non urgent de patients

Prépropositions d'amélioration du système de santé (PASS) – (www.centraleastlhin.on.ca**)**

- Ce processus a été conçu pour réduire le temps et l'argent dépensé par les fournisseurs de services de santé dans la préparation d'analyse de rentabilité afin d'obtenir un financement supplémentaire. Les PASS permettent au RLISS d'effectuer une évaluation préliminaire de toute demande ou activité envisagée par un fournisseur de services de santé et nécessitant l'approbation du RLISS. Un outil de candidature en ligne a été créé par le personnel du RLISS du Centre-Est pour faciliter le processus de demande.

Bureau de gestion de projets du RLISS du CE –
(http://www.centraleastlhin.on.ca/report_display.aspx?id=7804**)**

- Pour concrétiser sa conception et ses méthodes de gestion de projet, le RLISS du Centre-Est a créé un bureau de gestion de projets qui veille à l'harmonisation et à l'intégration des projets dans une structure unique et uniforme. En 2008-2009, le bureau a traité avec efficacité les projets présentés au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en vue d'une prise de décision ou d'une approbation de financement. Il a également fourni un soutien efficace, transparent et uniforme pour la réalisation des objectifs du RLISS du Centre-Est en matière de partage de communication et de leadership pour le renouvellement.

Guide pratique de gouvernance – (http://www.centraleastlhin.on.ca/report_display.aspx?id=8506**)**

- En septembre 2008, le RLISS du Centre-Est, le RLISS du Centre-Ouest, le RLISS du Sud-Est, le RLISS d'Érié St-Clair, le RLISS du Centre, l'Ontario Health Providers Alliance (OHPA) et l'Association ontarienne des centres d'accès aux soins communautaires ont publié le guide *RLISS/HSP Governance Resource and Toolkit for Voluntary Integration Initiatives* (ressource et méthodes de gouvernance RLISS/FSS pour les activités volontaires d'intégration). Ce guide a pour but de :

    - aider les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé à comprendre l'évolution des méthodes, des processus du RLISS et des attentes découlant de l'interprétation et de l'application de la loi, comme l'illustre l'expérience des RLISS participants;

    - aider les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé à comprendre leur rôle et leurs responsabilités en matière de bonne administration de leurs organismes et à élaborer des stratégies visant à travailler avec les autres et avec les conseils d'administration des RLISS en ce qui concerne les activités volontaires d'intégration.

ACTIVITÉS DU RLISS POUR RÉALISER LES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT

Activités de réduction des temps d'attente dans les SU

Il est important pour le système de santé et pour les hôpitaux du RLISS du Centre-Est de réduire les débits de traitement et de sortie des patients dans les services des urgences du RLISS du CE. Dans cet objectif, le **groupe de travail du service des urgences** a été créé pour examiner les méthodes et les stratégies internes aux hôpitaux dans le but d'améliorer le rendement des SU et de réduire les temps d'attente. L'étude inclura les méthodes relatives au débit des patients, les ressources des médecins, les méthodes utilisées par l'équipe pour les soins aux patients, l'accès au service de diagnostic, le temps de déchargement et d'appel des ambulances.

Le groupe de travail du service des urgences — composé de membres des hôpitaux du RLISS —, un établissement de santé mentale, le centre d'accès aux soins communautaires (CASC du CE), des services médicaux d'urgences (SMU), le personnel dirigeant du RLISS, des partenaires de planification et des conseillers se sont rencontrés à partir de mai 2007. En juin 2008, ils publiaient le *Rapport du groupe de travail du service des urgences*.

Fidèle à sa vision intitulée *« Les meilleurs soins d'urgence, partout! »*, le groupe a établi les cinq recommandations prioritaires suivantes :

Le débit des patients aux SU
Les ressources humaines/la dotation en santé
Les services de transport
Le budget protégé des SU
La sécurité du personnel

L'application de ses recommandations en 2008-2009 a donné les résultats suivants :

Processus LEAN établis dans la plupart des hôpitaux
Projets de transport des patients
Concentration sur la sécurité du personnel des SU dans tout le RLISS
Programme de financement axé sur les résultats des SU pour six hôpitaux du RLISS du CE désignés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui récompense les hôpitaux qui atteignent les objectifs en matière de temps d'attente aux SU.

Amélioration de la situation de l'ANS

L'autre niveau de soins constitue une priorité dans toute la province et dans tout le RLISS du Centre-Est. Le cas de l'ANS présente un problème systémique complexe et grave qui compromet l'accès des patients aux soins, leur sécurité et leur niveau de vie. Il s'attaque à la santé et au bien-être des patients et de leurs proches, et il s'attaque au système de santé dans son ensemble. En 2008-2009, le taux d'occupation des lits de soins de courte durée par l'ALC dans les hôpitaux du RLISS du Centre-Est avoisinait les 18 %, ce qui correspond à plus de 165 lits d'hôpital utilisés par des patients qui n'ont pas besoin de soins de courte durée, mais qui ne peuvent pas être libérés. La majorité de ces patients (plus de 40 %) étaient âgés de 80 ans ou plus et attendaient une place dans une maison de soins de longue durée.

Pour régler ce problème, le RLISS du Centre-Est a créé le groupe de travail sur l'ANS. Les membres de ce groupe représentent 16 organismes de soins de santé à domicile, à l'hôpital, en établissement de longue durée, en établissement de soins pour affections subaiguës et en établissement de soins communautaires. Il est constitué de membres venant des hôpitaux (général et tertiaire), du CASC, des maisons de soins de longue durée et des services de soutien communautaire. Le groupe a commencé à élaborer le plan d'action du RLISS du Centre-Est

pour l'ANS en mai 2007. Après un an de travail acharné, il a présenté son rapport au cours du symposium du RLISS qui s'est tenu en juin 2008. À partir de discussions analytiques, d'une collecte qualitative et quantitative de données, de l'étude des rapports provinciaux, entre autres, et des commentaires provenant des consultations communautaires, le groupe de travail sur l'ANS du RLISS du Centre-Est a fait **52 recommandations**, regroupées sous six thèmes :

1. Arrivée à l'hôpital : détection des risques et intervention rapide
2. Débit de patients et communication dans l'hôpital : soins de courte durée et soins postactifs
3. Accès au système et transition en douceur dans le continuum des soins
4. Capacité communautaire et soins à domicile
5. Ressources humaines en santé
6. Supervision et évaluation du système d'ANS

Sur les 52 recommandations, 13 ont été définies comme des priorités immédiates. Même face à une tendance en augmentation, ces recommandations peuvent **réduire le volume d'ANS** tout en permettant de réaliser la vision d'un « bon service, au bon endroit et au bon moment » pour les résidents du RLISS du Centre-Est. Les 13 priorités dont la mise en œuvre devait être immédiate sont :

1. Utiliser des méthodes normalisées de dépistage et d'évaluation pour une intervention rapide
2. Prévoir du personnel spécialisé dans le service des urgences de chaque hôpital
3. Mettre en œuvre un cadre d'action normalisé dans le RLISS du Centre-Est
4. Étendre la définition et la reconnaissance de l'ANS au-delà des lits de soins de courte durée
5. Prévoir un programme d'exercice/activité pour maintenir une autonomie optimale
6. Augmenter le nombre de places en ayant recours aux maisons de retraite ou aux maisons d'hébergement avec services de soutien
7. Créer une unité de soutien pour la santé comportementale dans les MSLD avec des lits de transition de courte durée
8. Mettre en place un processus général/renforcé de planification de la sortie des services communautaires
9. Augmenter les services de soutien communautaire en ce qui concerne le soutien personnel à domicile, l'entretien ménager et la relève des soignants
10. Élaborer une stratégie pour les ressources humaines en santé
11. Entreprendre une étude pour déterminer le pourcentage de patients hospitaliers attendant une place en MSLD et pouvant être soignés dans un établissement plus approprié
12. Créer un comité de mise en œuvre de l'autre niveau de soins du RLISS du Centre-Est
13. Étendre les maximums des services du CASC

En 2008-2009, nous avons progressé dans plusieurs domaines, notamment l'utilisation d'une méthode d'évaluation de dépistage rapide dans certains hôpitaux, l'utilisation dans tout le RLISS devant être coordonnée par l'équipe de mise en œuvre des fournisseurs de services de santé. Par ailleurs, sept infirmières spécialisées en **gestion des urgences gériatriques** ont été embauchées et une **équipe de sensibilisation des infirmières praticiennes aux soins de longue durée** a été créée. Un projet pilote de **programme d'activités/exercices à l'hôpital** a été élaboré pour maintenir une autonomie optimale. Il semble par ailleurs exister un intérêt à augmenter l'**hébergement disponible** en utilisant des maisons de retraite ou des hébergements avec services de soutien.

- Un comité directeur de sensibilisation des infirmières praticiennes a été créé dans le cadre du dossier de l'ANS, des SU et des temps d'attente. Il a pour mission de coordonner et superviser le lancement, la réalisation et l'évaluation des projets de sensibilisation des infirmières praticiennes (l'équipe englobe Haliburton Kawartha Pine Ridge, Durham et Scarborough). En 2008-2009, une stratégie de recrutement coordonné a été lancée, une charte de projet a été élaborée et un gestionnaire de projet a été nommé.

- Le projet d'activité des clients d'ANS a été conçu et lancé à l'hôpital Ross Memorial, à Kawartha Lakes. Il est en opération depuis la fin de 2008. Une évaluation aura lieu au cours des premiers mois de 2009-2010 et un rapport sera présenté sous peu au RLISS du CE.

- Une équipe d'évaluation et d'encadrement de l'ANS a été créée pour enquêter et aider le Centre régional de santé de Peterborough à réduire les pressions de l'ANS. L'équipe d'examen par des pairs, qui est composée d'experts de tout le RLISS, de membres du personnel du Centre régional de santé de Peterborough, de membres de la direction du RLISS et d'un gériatre externe au RLISS, déposera son rapport en juin 2009.

- L'expansion du système d'information sur les temps d'attente, qui inclura bientôt des données sur les patients d'ANS, a été annoncée. Elle sera réalisée dans des hôpitaux de la province d'ici le printemps 2011. Dans le RLISS du Centre-Est, c'est Rouge Valley Health System (RVHS) qui a été sélectionné et qui a accepté de participer à la phase initiale du projet. RVHS jouera un rôle essentiel dans l'élaboration de critères de fonctionnement, de présentation de l'information et de techniques pour la solution du système d'information sur les temps d'attente de l'ANS.

Plan des services cliniques

Le RLISS du CE et les neuf associations d'hôpitaux qui font partie de son territoire ont travaillé ensemble pour créer un plan des services cliniques qui traite des problèmes d'accès, de qualité et de viabilité. Plus de 150 professionnels de la santé se sont répartis en cinq groupes consultatifs pour rédiger des recommandations visant à améliorer la prestation des soins de santé dans :

- Les services cardiologiques (diagnostic, traitement et réadaptation)
- Les services de santé maternelle et infantile (obstétrique, pédiatrie et enfant jusqu'à 19 ans)
- Les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (soins d'urgence, admission et suivi)
- La chirurgie thoracique (principalement axée sur la chirurgie du cancer des poumons)
- La chirurgie vasculaire (amputation de la jambe, caillots sanguins, anévrismes)

Ce projet a démarré lors du symposium de juin 2008 et a été orienté par une charte de projet. Un comité d'organisation de projet, composé de dirigeants cliniques et administratifs du RLISS, a assisté les membres de service des groupes consultatifs.

Dans le but d'orienter les discussions et d'assurer l'uniformité des décisions, le RLISS du CE a défini les thèmes des groupes consultatifs alors qu'ils élaboraient leurs recommandations. Il s'agissait de :

- Se concentrer sur un système qui respecte l'accès et la gouvernance locaux
- Utiliser les faits pour définir la pertinence de l'accès local par rapport à l'accès régional et provincial
- Promouvoir l'innovation et se concentrer sans relâche sur la qualité et la sécurité du patient
- Promouvoir le concept d'interdépendance du soutien entre les fournisseurs du RLISS du CE
- Favoriser la durabilité du système de santé public

Le rapport détaillé du plan sur les services hospitaliers et cliniques a été présenté au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est le 17 février 2009. En le présentant, le docteur George Buldo, président du comité organisateur du plan des services cliniques, a raconté que les équipes nouvellement créées s'étaient retrouvées pour élaborer, dans le cadre de ce projet, des propositions qui profiteront aux patients et aux fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre-Est.

Le rapport contient 28 recommandations sur le modèle de prestation de services cliniques et des détails sur trois stratégies de leadership médical. Toutes les recommandations et les stratégies correspondent à la vision d'« un

réseau intégré des soins de courte durée », et visent la qualité, l'accessibilité et la durabilité des soins pour les résidents du RLISS du Centre-Est.

Une période de consultation de 60 jours, entreprise le 18 février, était destinée à recueillir les commentaires dans tout le RLISS. Ces données aideront les hôpitaux à appliquer les recommandations de ce rapport.

Le transport est un élément clé du plan des services cliniques pour gérer efficacement les patients dans tout le RLISS du Centre-Est et des autres RLISS au besoin. Il fait également l'objet d'une recommandation prioritaire du groupe de travail du service des urgences du RLISS du Centre-Est. Les activités en lien avec ce projet en 2008-2009 sont la planification des services de transport non urgents et cliniques (demandes de propositions faites par l'hôpital Memorial de Campbellford au nom des hôpitaux); les réunions multipartenaires avec les SMU de Northumberland et de Peterborough pour discuter du projet de transport non urgent financé par le RLISS afin d'améliorer l'efficacité du service conjoint hospitalier et communautaire de transport non urgent dans la Ville de Kawartha Lakes; un projet prioritaire de transport rural, qui étudie les modes de transport des organismes de soutien communautaire des régions rurales; le projet de transport de Scarborough, qui étudie les modes de transport des organismes de soutien communautaire en région urbaine; le projet prioritaire Home at Last, qui s'étend à tout le RLISS et fournit aux patients admissibles le soutien dont ils ont besoin, incluant le transport.

Pour en savoir plus, consultez http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=7096

ANALYSE DE LA PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE DU RLISS DU CE

En 2008-2009, le budget d'exploitation du RLISS du Centre-Est s'élevait à 4,6 millions de dollars. Le RLISS a terminé l'année avec un surplus de 14 157 $, atteignant ainsi l'objectif du défi de 1 %. Au cours de l'année, du personnel a été embauché pour aider dans la planification à l'intégration, les tâches liées aux contrats et au financement et les exigences financières et administratives associées. Au 31 mars 2009, le personnel du RLISS se composait de 28 personnes. Les locaux ont été rénovés pour accueillir les nouveaux employés.
Le personnel poursuit les tâches liées à l'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS en partenariat avec ses nombreux intervenants. Le financement de projets spéciaux a permis au RLISS de poursuivre les activités de cybersanté, la planification de la santé des Autochtones et les projets de SU/ANS.

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2009 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 8 mai 2009

État de la Situation Financière

au 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**1 249 277**	1 598 513
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	**1 485 300**	7 013 110
Débiteurs	**6 187**	-
	2 740 764	8 611 623
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**1 230 297**	742 425
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**1 485 300**	7 013 110
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**28 950**	869 115
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**7 546**	1 844
Apports de capital reportés (note 5)	**380 725**	309 822
	3 132 818	8 936 316
Dette nette	**(392 054)**	(324 693)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**11 329**	14 871
Immobilisations (note 7)	**380 725**	309 822
	392 054	324 693
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____, administrateur

_____, administrateur

État des Activités Financières

pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	Budget (non vérifié) (note 8)	2009 Réel	2008 Réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 805 882 796**	**1 837 250 608**	1 718 681 252
Activités du RLISS	**4 610 029**	**4 329 312**	3 741 617
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	-	288 000
Chef de service des urgences (note 10b)	-	**75 000**	43 800
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (Note 10c)	-	**33 300**	70 000
Planification autochtone (note 10d)	-	**32 250**	20 000
Services de cybersanté (note 10e)	-	**700 000**	475 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	**209 814**	172 200
	1 810 492 825	**1 842 630 284**	1 723 491 869
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 805 882 796**	**1 837 250 608**	1 718 681 252
Frais généraux et administratifs (note 11)	**4 610 029**	**4 524 969**	3 453 781
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	-	122 503
Chef de service des urgences (note 10b)	-	**75 000**	40 043
Urgences – ANS (note 10c)	-	**33 300**	70 000
Planification autochtone (note 10d)	-	**32 015**	-
Services de cybersanté (note 10e)	-	**685 442**	436 194
	1 810 492 825	**1 842 601 334**	1 722 803 773
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**28 950**	688 096
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	**(28 950)**	(688 096)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

État de la variation de la dette nette

pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(280 717)**	(39 490)
Amortissement des immobilisations corporelles	**209 814**	172 200
Variation des autres actifs non financiers	**3 542**	34 723
Diminution de la dette nette	**(67 361)**	167 433
Dette nette au début	**(324 693)**	(492 126)
Dette nette à la fin	**(392 054)**	(324 693)

État des flux de trésorerie

pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**209 814**	172 200
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(209 814)**	(172 200)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) du montant à recevoir du Ministère	**5 527 810**	(7 013 110)
(Augmentation) diminution des débiteurs	**(6 187)**	281 000
Augmentation des créditeurs et charges à payer	**487 872**	93 702
(Diminution) augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**(5 527 810)**	7 013 110
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	**(840 165)**	688 096
Diminution des charges payées d'avance	**3 542**	34 723
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**5 702**	(86 988)
	(349 236)	1 010 533
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(280 717)**	(39 490)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 5)	**280 717**	39 490
Augmentation nette de la trésorerie	**(349 236)**	1 010 533
Trésorerie au début	**1 598 513**	587 980
Trésorerie à la fin	**1 249 277**	1 598 513

Notes complémentaires

31 mars 2009

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS du Centre-Est, qui comprend des régions rurales et urbaines, est le sixième plus grand RLISS en Ontario en termes de territoire (16 673 km^2). Présent dans des villes densément peuplées, dans des banlieues, dans des régions rurales agricoles, dans des régions de chalets et dans des régions plus éloignées, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin. La population de nos zones de planification est riche en différentes valeurs communautaires, origines ethniques, langues et caractéristiques socio-démographiques.

Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations.

Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Mobilier et agencements de bureau	5 ans
Développement Web	3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	**Charges**	**2009 Surplus**	2008 Surplus
	$	**$**	**$**	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	**1 837 250 608**	**1 837 250 608**	**-**	-
Activités du RLISS	**4 539 126**	**4 524 969**	**14 157**	460 036
Stratégie Vieillir chez soi	**-**	**-**	**-**	165 497
Chef de service des urgences	**75 000**	**75 000**	**-**	3 757
Urgences – ANS	**33 300**	**33 300**	**-**	-
Planification autochtone	**32 250**	**32 015**	**235**	20 000
Services de cybersanté	**700 000**	**685 442**	**14 558**	38 806
	1 842 630 284	**1 842 601 334**	**28 950**	688 096

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2009	2008
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**869 115**	181 019
Recouvrement auprès du Ministère au cours de l'exercice	**(869 115)**	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**28 950**	688 096
Montant à verser au Ministère à la fin	**28 950**	869 115

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2009	2008
	$	$
Solde au début	**309 822**	442 532
Apports de capital au cours de l'exercice	**280 717**	39 490
Amortissement pour l'exercice	**(209 814)**	(172 200)
Solde à la fin	**380 725**	309 822

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2010	141 154
2011	160 320
2012	186 989
2013	185 171
2014	184 903
Par la suite	288 080
	1 146 617

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2010	1 862 209 185
2011	1 888 448 360
	3 750 657 545

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2009 Valeur comptable nette	2008 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements de bureau	**424 508**	**239 576**	**184 932**	123 157
Matériel informatique	**130 493**	**99 920**	**30 573**	16 255
Développement Web	**36 100**	**28 507**	**7 593**	19 626
Améliorations locatives	**461 553**	**303 926**	**157 627**	150 784
	1 052 654	**671 929**	**380 725**	309 822

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2008. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 837 250 608 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	**1 805 882 796**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**31 367 812**
Budget total	**1 837 250 608**

Le budget d'exploitation total révisé de 5 450 579 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial présenté à l'état des activités financières	**4 610 029**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Planification autochtone	**32 250**
Services de cybersanté	**700 000**
Chef de service des urgences	**75 000**
Urgences – ANS	**33 300**
Budget total	**5 450 579**

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 837 250 608 $ (1 718 681 252 $ en 2008) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2009 :

	2009	2008
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 082 886 094**	1 013 569 316
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**294 975**	294 975
Centres de soins de longue durée	**356 028 894**	333 744 158
Centres d'accès aux soins communautaires	**195 064 667**	183 460 668
Services de soutien communautaires	**27 254 697**	25 343 566
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**11 996 510**	10 001 649
Centres de soins de santé communautaires	**12 267 412**	8 786 926
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**50 100 532**	48 844 834
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	**100 271 165**	94 583 494
Lésion cérébrale acquise	**1 061 662**	-
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	**24 000**	51 666
	1 837 250 608	1 718 681 252

10.

a) Stratégie Vieillir chez soi

Le RLISS n'a reçu aucun financement relativement à la stratégie Vieillir chez soi pour l'exercice. Au cours de l'exercice précédent, le RLISS a reçu un financement de 288 000 $ relativement à la stratégie Vieillir chez soi, duquel un montant de 122 503 $ a été utilisé.

b) Chef de service des urgences

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (43 800 $ en 2008) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2009	2008
	$	$
Services-conseils	**62 068**	40 043
Salaires et charges sociales	**11 086**	-
Autres	**1 846**	-
	75 000	40 043

c) Urgences – ANS

Le RLISS a reçu un financement de 33 300 $ (70 000 $ en 2008) relativement au projet Urgences – ANS. Les charges liées au projet Urgences – ANS engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 33 300 $ en salaires et charges sociales (70 000 $ en 2008).

d) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le RLISS a reçu un financement de 32 250 $ (20 000 $ en 2008) relativement au projet de planification autochtone. Les charges liées au projet de planification autochtone engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 31 250 $ en honoraires de services-conseils (néant en 2008) et un montant de 765 $ en autres charges (néant en 2008).

e) Services de cybersanté

Le RLISS a reçu un financement de 700 000 $ (475 000 $ en 2008) relativement au projet de services de cybersanté. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2009	2008
	$	$
Services-conseils	**458 373**	435 415
Salaires et charges sociales	**156 903**	-
Réunions	**68 529**	-
Fournitures et autres	**1 637**	779
	685 442	436 194

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2009	2008
	$	$
Salaires et charges sociales	**2 672 304**	2 052 281
Charges locatives	**312 792**	237 354
Amortissement	**209 814**	172 200
Services partagés	**300 000**	302 301
Activités communautaires	**128 329**	85 498
Services-conseils	**320 734**	263 553
Fournitures	**137 970**	45 994
Charges des membres du Conseil	**249 584**	172 166
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**5 007**	1 213
Autres	**188 435**	121 221
	4 524 969	3 453 781

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 28 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 202 595 $ pour l'exercice 2009 (162 424 $ en 2008) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime était terminée au 31 décembre 2008. À ce moment, le régime était capitalisé à 97 %.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques.* Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles » pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.

MEMBRES DU PERSONNEL

Rangée du fond

Kate Reed, Jeanne Thomas, John Lohrenz, Lindsay Wyers, Marlene Ross, Lewis Hooper, Charli Law, Ajay Thusoo, Karen O'Brien, Paul Barker

Rangée du milieu

Marco Aguila, Susan Plewes, Nancy Hunter, Maria Grant, Emily Van de Klippe, Ritva Gallant, Linda Henry, Janet Boland, Suzette Stines-Walford, Karol Eskedjian, Katie Cronin-Wood

Rangée de devant

Leila Tikaram, Karen Landriault, Sheila Rogoski, Deborah Hammons, Christine Laity, Jai Mills, Mai Nguyen, Jennifer Russell, Jenny Burgess, Brian Laundry

Absent

James Meloche, Vince Ruttan, Karen Ouellette, Claire McConnell

COORDONNÉES

Téléphone :	905 427-5497 1 866 804-5446
Téléc. :	905 427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314, avenue Harwood Sud, bureau 204A Ajax (ON) L1S 2J1
Courriel	centraleast@lhins.on.ca
Site Web	www.centraleastlhin.on.ca

ISSN 1911-3358

Ontario
Local Health Integration Network